

Evidencia de Reclamación

You may also submit your claim electronically by visiting <http://cases.primeclerk.com/puertorico/EPOC-Index>

UNITED STATES DISTRICT COURT FOR THE DISTRICT OF PUERTO RICO / TRIBUNAL DE DISTRITO DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA EL DISTRITO DE PUERTO RICO

Fill in this information to identify the case (Select only one Debtor per claim form).
Llene esta información para identificar el caso (seleccione sólo un deudor por formulario de reclamación).

<input checked="" type="checkbox"/> Commonwealth of Puerto Rico El Estado Libre Asociado de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03283	Petition Date: May 3, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Sales Tax Financing Corporation (COFINA) La Corporación del Fondo de Interés Apremiante de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03284	Petition Date: May 5, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Highways and Transportation Authority La Autoridad de Carreteras y Transportación de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03567	Petition Date: May 21, 2017
<input type="checkbox"/> Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico El Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03566	Petition Date: May 21, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Electric Power Authority La Autoridad de Energía Eléctrica de Puerto Rico	Case No. 17-bk-04780	Petition Date: July 2, 2017

MMLID: 682333

EPOC ID: 17032830063603

2018 JUN 20 A 9 51

RECEIVED

Debtor Commonwealth of Puerto Rico has listed your claim in their Creditor List on Schedule D -- Trade Vendor Obligations as a Contingent, Unliquidated general unsecured claim in an Undetermined amount. You must timely file a proof of claim or be forever barred from participating or sharing in any distribution or being treated as a claim for purposes of voting or distribution.

El deudor Commonwealth of Puerto Rico ha listado su reclamación en la lista de acreedores en el Schedule D -- Obligaciones Comerciales como un reclamo Contingente, Sin liquidez no asegurado por un monto indeterminado. Debe presentar una prueba de reclamación oportunamente o se le prohibirá por siempre participar o compartir en cualquier distribución o ser tratado como un reclamo para fines de votación o distribución.

Modified Official Form 410 / Formulario Oficial 410 Modificado

Proof of Claim / Evidencia de reclamación

04/16

Read the instructions before filling out this form. This form is for making a claim for payment in a Title III case. Do not use this form to make a request for payment of an administrative expense, other than a claim entitled to administrative priority pursuant to 11 U.S.C. § 503(b)(9). Make such a request according to 11 U.S.C. § 503.

Filers must leave out or redact information that is entitled to privacy or subject to confidentiality on this form or on any attached documents. Attach redacted copies of any documents that support the claim, such as promissory notes, purchase orders, invoices, itemized statements of running accounts, contracts, judgments, mortgages, and security agreements. Do not send original documents; they may be destroyed after scanning. If the documents are not available, explain in an attachment.

Lea las instrucciones antes de completar este formulario. Este formulario está diseñado para realizar una reclamación de pago en un caso en virtud del Título III. No utilice este formulario para solicitar el pago de un gasto administrativo que no sea una reclamación que reúna los requisitos para ser tratada como prioridad administrativa conforme al Título 11 § 503(b) (9) del U.S.C. Ese tipo de solicitud debe realizarse de conformidad con el Título 11 § 503 del U.S.C.

Quienes presenten la documentación deben omitir o editar información que reúna los requisitos para ser tratada con privacidad o confidencialidad en este formulario o en cualquier otro documento adjunto. Adjunte copias editadas de cualquier otro documento que respalde la reclamación, tales como pagarés, órdenes de compra, facturas, balances detallados de cuentas en funcionamiento, contratos, resoluciones judiciales, hipotecas y acuerdos de garantías. No adjunte documentos originales, ya que es posible que los documentos adjuntos se destruyan luego de analizarlos. En caso de que los documentos no estén disponibles, explique los motivos en un anexo.

Fill in all the information about the claim as of the Petition Date.

Complete toda la información acerca de la reclamación a la fecha en la que se presentó el caso.

Part 1 / Parte 1

Identify the Claim / Identificar la reclamación

1. Who is the current creditor?	JOSE A SANTIAGO HERNANDEZ
¿Quién es el acreedor actual?	Name of the current creditor (the person or entity to be paid for this claim) Nombre al acreedor actual (la persona o la entidad a la que se le pagará la reclamación)
	912
	Other names the creditor used with the debtor Otros nombres que el acreedor usó con el deudor



12. Is this claim subject to a right of setoff?
¿La reclamación está sujeta a un derecho de compensación?

☒ No / No
☐ Yes. Identify the property / Si, identifique el bien: _____

13. Is all or part of the claim entitled to administrative priority pursuant to 11 U.S.C. § 503(b)(9)?
¿La reclamación, total o parcial, cumple los requisitos para ser tratada como prioridad administrativa conforme al Título 11 § 503(b)(9) del U.S.C.?

☒ No / No
☐ Yes. Indicate the amount of your claim arising from the value of any goods received by the debtor within 20 days before the Petition Date in these Title III case(s), in which the goods have been sold to the debtor in the ordinary course of such debtor's business. Attach documentation supporting such claim.
\$ _____
Si, indique el importe de la reclamación que surge del valor de cualquier bien recibido por el deudor dentro de los 20 días anteriores a la fecha de inicio en estos casos del Título III, en el que los bienes se han vendido al deudor en el transcurso normal de los negocios del deudor. Adjunte la documentación que respalde dicha reclamación.

Part B. Parte B

Sign Below / Firmar a continuación

The person completing this proof of claim must sign and date it.
FRBP 9011(b).

If you file this claim electronically, FRBP 5005(e)(2) authorizes courts to establish local rules specifying what a signature is.

La persona que complete esta evidencia de reclamación debe firmar o indicar la fecha.
FRBP 9011(b).

Si presenta esta reclamación de manera electrónica, la FRBP 5005(e)(2) autoriza al tribunal a establecer normas locales para especificar qué se considera una firma.

Check the appropriate box / Marque la casilla correspondiente:

- ☒ I am the creditor. / Soy el acreedor.
☐ I am the creditor's attorney or authorized agent. / Soy el abogado o agente autorizado del acreedor.
☐ I am the trustee, or the debtor, or their authorized agent. Bankruptcy Rule 3004. / Soy el síndico, el deudor o su agente autorizado. Norma de quiebra 3004.
☐ I am a guarantor, surety, endorser, or other codebtor. Bankruptcy Rule 3005. / Soy el garante, fiador, endosante u otro codeudor. Norma de quiebra 3005.

I understand that an authorized signature on this Proof of Claim serves as an acknowledgment that when calculating the amount of the claim, the creditor gave the debtor credit for any payments received toward the debt.

Comprondo que una firma autorizada en esta Evidencia de reclamación se considera como un reconocimiento de que al calcular el importe de la reclamación, el acreedor le proporcionó al deudor crédito para todo pago recibido para saldar la deuda.

I have examined the information in this Proof of Claim and have a reasonable belief that the information is true and correct.

He leído la información en esta Evidencia de reclamación y tengo motivos razonables para suponer que la información es verdadera y correcta.

I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct. / Declaro bajo pena de perjurio que lo que antecede es verdadero y correcto.

Executed on date / Ejecutado el 06/19/2018 (MM/DD/YYYY) / (DD/MM/AAAA)

Signature / Firma

Print the name of the person who is completing and signing this claim / Escribe en letra de imprenta el nombre de la persona que completa y firma esta reclamación:

Name

Jose A. Santiago Hernandez
First name / Primer nombre Middle name / Segundo nombre Last name / Apellido

Title / Cargo

Company / Compañía

Identify the corporate servicer as the company if the authorized agent is a servicer.
Identifique al recaudador corporativo como la compañía si el agente autorizado es un recaudador.

Address / Dirección

Number / Número

Street / Calle

City / Ciudad

State / Estado

Zip Code / Código postal

Contact phone / Teléfono de contacto

Email / Correo electrónico

Comprobante del Pago de Pensión del Sistema de Retiro de Maestros de Puerto Rico como prueba de que trabajé como maestro para el Departamento de Educación de Puerto Rico

Gobierno de Puerto Rico 592 - SISTEMA DE RETIRO MAESTRO-PENS				Grupo de Pago: SM -Quincenal Desde: 09/16/2019 Hasta: 09/30/2019		Business Unit: PUERT Aviso #: 3602572 Fecha Aviso: 09/27/2019	
JOSE A SANTIAGO HERNANDEZ URB LAS ALONDRAS B78 CALLE MARGINAL VILLALBA PR 00766-2329 SS: XXX-XX-6848				# Empleado: XXXXX6848 Dept: 592160-ANOS SERVICIO LEY91 2004 Lugar: A/OS SERVICIO LEY 91 Titulo: Pensionado Sueldo: \$1,921.33 Monthly		DATA IMP: Federal PR Estado Civil: Married Concesiones: 0 Pct. Adcl.: 39 +99 Cant. Adcl.:	
HORAS E INGRESOS				IMPUESTOS			
Descripción Pago de Salarios Regulares BONO MEDICINA- PENSIONADOS		Corriente Sueldo Horas Ingresos		Acumulado Horas Ingresos		Descripción Corriente Acumulado	
		960.67 0.00		1,462.50 17,292.06			
Total:		960.67 1,462.50 17,292.06		Total:		0.00 0.00	
DEDUCCIONES				DEDUCCIONES GENERALES			
Descripción Corriente Acumulado		Descripción Corriente Acumulado		Descripción Corriente Acumulado		BENEFICIOS PATRONALES PAGADOS	
		SM-First Medical Health Plan SC-AMER FAM LIFE ASS CO		62.00 23.30		SM-First Medical Health Plan 100.00 900.00	
Total:		0.00 0.00		Total:		85.30 1,514.40	
TOTAL BRUTO:				TOTAL IMPUESTOS:			
Corriente: 960.67 Acumulado: 17,292.06				0.00 0.00			
PTO HORAS ACUM				DEDUCCIONES TOTALES			
Balance Inicial: 0.0 + Acumulado: - Utilizado: - Donada: + Ajustes: Balance Final: 0.0				85.30 1,514.40 15,877.66			
DISTRIBUCION PAGANETA				DISTRIBUCION PAGANETA			
Aviso #3602572				875.37			
Total:				875.37			

MENSAJE:

Gobierno de Puerto Rico
592 - SISTEMA DE RETIRO MAESTRO-PENS

Fecha
09/27/2019

Aviso No.
3602572

Cant. Deposito: \$875.37


 TRAY 106 SQ 26863*****SCH1 S-DIGIT 00751 26865 2 AV 0.383
 JOSE A SANTIAGO HERNANDEZ
 URB LAS ALONDRAS
 B78 CALLE MARGINAL
 VILLALBA PR 00766-2329

DISTRIBUCION DE DEPOSITO DIRECTO		
Tipo de Cuenta	Numero de Cuenta	Cant. Deposito
Savings	110779	\$875.37
Total:		\$875.37

NO-NEGOCIABLE

Solicitud de Retiro al Sistema de Retiro de Maestros de Puerto Rico
como prueba de que trabajé como maestro para el Departamento
de Educación de Puerto Rico

SRM-ssr-3 Rev. 05/04		Estado Libre Asociado de Puerto Rico Sistema de Retiro para Maestros Area Servicios de Retiro		Para uso de la SRM	
SOLICITUD DE RETIRO					
Nota: Conteste todas las preguntas. Escriba a máquina o con tinta en letra de molde. Si no hay espacio suficiente use otro papel y acompañelo a esta solicitud. LEA INSTRUCCIONES AL DORSO.					
Por la presente solicito los beneficios del Retiro, de acuerdo a las disposiciones de la Ley Núm. 91 del 29 de marzo de 2004, según enmendada.					
1. Nombre Apellido Paterno José A. Santiago Hernández		Apellido Materno REDACTED		2. Seguro Social: 6848	
3. Sexo Masculino		4. Estado Civil Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/>			
5. Dirección Postal: Urb. Las Alondras Calle Marginal B-78 Villalba, P.R. 00764		6. Número de Teléfono (987) 847-0337		7. Fecha de Nacimiento REDACTED	
8. Dirección Residencial: Urb. Las Alondras Calle Marginal B-78 Villalba, P.R.		9. Agencia donde trabaja Departamento de Educación			
10. Pueblo donde trabaja Villalba		11. Puesto que ocupa maestro		12. Fecha de efectividad de la renuncia 31 de julio de 2009	
13. Préstamo con SRM Tipo <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hipotecario <input type="checkbox"/> Personal <input checked="" type="checkbox"/> Viaje Cultural <input type="checkbox"/>		14. Razón para el Retiro <input checked="" type="checkbox"/> Años de Servicio y Edad <input type="checkbox"/> Diferido <input type="checkbox"/> Edad (60 años con 10 años de servicio y menos de 25 años de Servicio)			
15. Nombre del Cónyuge: Migdalena Ortiz Rosado					
16. Nombre de hijos menores de 18 años de edad		Fecha de Nacimiento (Mes, Día y Año)			
28 abril 2009 Fecha		Firma del Solicitante			
CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR INMEDIATO					
17. CERTIFICO que José A. Santiago Hernández se encuentra actualmente en <input checked="" type="checkbox"/> Servicio Activo					
: la fecha de Renuncia es efectiva el 31 - julio - 2009					
Uso de licencia (especifique)					
28 de abril de 2009 Fecha		Superintendente de Escuelas o Jefe de Personal del Departamento o Agencia			
Vea Instrucciones al dorso					